

Referentiekader voor de psychiatrische verzorgingstehuizen

Module 1: Werking

- Submodule 1: Doelgroep en doelstellingen
- Submodule 2: Permanentie
- Submodule 3: Instroombeleid
- Submodule 4: Zorgplan
- Submodule 5: Zorgbeleid
- Submodule 6: Samenwerking
- Submodule 7: Patiëntenrechten en klachten
- Submodule 8: Beëindiging van het verblijf en nazorg
- Submodule 9: Respect voor de persoonlijke levenssfeer

Module 2: Organisatie

- Submodule 1: Beleid en strategie
- Submodule 2: Personeel

Module 3: Huisvestingsnormen

- Submodule 1: Ligging, leefomgeving en leefklimaat
- Submodule 2: Gemeenschappelijke ruimtes
- Submodule 3: Verticaal verkeer
- Submodule 4: Kamers
- Submodule 5: Rolstoeltoegankelijkheid
- Submodule 6: Sanitaire installaties
- Submodule 7: Veiligheid

Module 4: Medicatie

- Submodule 1: Beleid en strategie
- Submodule 2: Partnerschap en middelen
- Submodule 3: Processen
- Submodule 4: Resultaten sleutelactiviteiten

Module 5: Registratie

Module 1: Werking	
Submodule 1: Doelgroep en doelstellingen	
NC	De herstelondersteunende zorg is gericht op het behoud van de resterende vaardigheden, de versterking van het zelfzorgvermogen en de zelfregie van de zorggebruiker, inclusief het leren omgaan met de gevolgen van de ziekte en de psychische kwetsbaarheid, en de ondersteuning van de ontwikkeling van het persoonlijk en maatschappelijk functioneren.
NC	Afhankelijk van de zorgbehoeften, wensen, competenties en mogelijkheden van de zorggebruiker, bestaat de herstelondersteunende zorg uit: 1° vaardigheden helpen behouden en aanleren; 2° de zorggebruiker tijdens de uitvoering van zijn activiteiten ondersteunen of begeleiden; 3° activiteiten overnemen als de zorggebruiker die niet zelf kan uitvoeren.
NC	De herstelondersteunende zorg is gericht op de volgende domeinen: 1° zelfzorg zoals wassen, aankleden, koken, huishoudelijke taken, geldbeheer en administratie; 2° lichamelijke en psychische gezondheid vanuit medisch en krachtgericht perspectief; 3° dagbesteding en vrije tijd; 4° sociale contacten; 5° zingeving.
NC	De doelgroep omvat volwassenen en ouderen met een ernstige, langdurige psychiatrische problematiek.
Submodule 2: Permanentie	
NC	Het psychiatrisch verzorgingstehuis voorziet in herstelondersteunende zorg met een permanent toezicht op de zorggebruikers die er verblijven, zowel overdag als 's nachts.
TK	Er is overdag steeds een verpleegkundige aanwezig.
TK	Per 60 zorggebruikers is er 1 fysiek persoon aanwezig tijdens de nacht. Indien deze 60 zorggebruikers zich in verschillende gebouwen bevinden, dient de verplaatsingstijd tussen de verschillende gebouwen beperkt te zijn tot maximaal 10 minuten.
TK	Indien nachtpermanentie wordt voorzien door een zorgkundige waarborgt het PVT dat steeds beroep kan worden gedaan op een verpleegkundige voor verpleegkundige handelingen. Indien het PVT niet beschikt over een verpleegkundige tijdens de nacht maar beroep doet op een verpleegkundige van een andere voorziening dan moet daarvoor een samenwerkingsovereenkomst worden gesloten met de nodige afspraken, o.m. in verband met de verplaatsingstijd in functie van de specifieke verpleegkundige handeling en de dringendheid en in verband met de financiële vergoeding.
TK	Het nachtpersoneel is een wakende/actieve nachtdienst.
TK	De afspraken m.b.t. de taken van de nachtdienst en permanentie worden geformaliseerd (vb. procedure noodoproep, taakomschrijving, toeren tijdens de nacht, registratie, overdracht,...).
Submodule 3: Instroombeleid	
NC	Het psychiatrisch verzorgingstehuis werkt criteria uit voor de start van verblijf van zorggebruikers op basis van de algemene werkingsnormen en het non-discriminatiebeginsel.
NC	Rolstoelafhankelijkheid is geen exclusie criterium.
NC	Het psychiatrisch verzorgingstehuis hanteert een instroomprocedure die beschrijft hoe kandidaat-zorggebruikers zich aanmelden bij het psychiatrisch verzorgingstehuis, hoe de zorgbehoeften van de kandidaat-zorggebruiker op een gestandaardiseerde en gestructureerde wijze in kaart worden gebracht, en hoe de instroomcriteria getoetst worden.
TK	Het PVT stelt zich actief open voor zorggebruikers uit andere voorzieningen (PZ, IBW,...) dan deze waarmee het PVT een samenwerkingsovereenkomst afgesloten heeft.
AB	Het PVT beschikt over een beleid m.b.t. wachttijden (wie krijgt voorrang, hoe wordt dit bepaald,...).
TK	Indien de kandidaat-zorggebruiker niet opgenomen wordt in het PVT, wordt een alternatief voorgesteld.

NC	Het instroombeleid wordt minstens om de 2 jaar geëvalueerd door de coördinator, de teamverantwoordelijke(n) en de teamleden, samen met de coördinerend psychiater.
TK	Zorggebruikers en hun context worden voor de start van het verblijf geïnformeerd over de werking van het PVT.
AB	De onthaalbrochure bevat volgende informatie: -algemene informatie, voorstelling van de afdeling -de toepasselijke huisregels van de afdeling (dagindeling, bezoek, telefoon, sleutels kamer,...) -inhoudelijke informatie omtrent de werking van de afdeling -activiteitenprogramma van de afdeling
NC	Het psychiatrisch verzorgingstehuis sluit met de zorggebruikers een verblijfsovereenkomst af waarin de volgende elementen zijn opgenomen: 1° de identificatie van het psychiatrisch verzorgingstehuis en de zorggebruiker; 2° de belangrijkste verblijfsvoorwaarden; 3° de begindatum; 4° de duur van de overeenkomst; 5° de kosten ten laste van de zorggebruiker die niet in de verblijfskosten zijn inbegrepen; 6° de specifieke regelingen als de zorggebruiker tijdelijk afwezig is of overleden; 7° de opzegvoorwaarden voor het verblijf; 8° de klachtenprocedure; 9° de verblijfskosten; 10° de proefperiode.
NC	De verblijfsovereenkomst kan alleen gewijzigd worden na voorafgaande kennisgeving aan de zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger. Indien de zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger niet akkoord gaan met de voorgestelde wijzigingen in de verblijfsovereenkomst kan de zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger de verblijfsovereenkomst beëindigen mits inachtneming van een opzeggingstermijn.
NC	De verblijfsovereenkomst wordt opgezegd met een aangetekende zending of tegen afgifte van een ontvangstbewijs.
NC	Bij de verblijfsovereenkomst worden volgende bijlagen toegevoegd: - het reglement voor de bescherming van natuurlijke personen bij de verwerking van persoonsgegevens; - het huishoudelijk reglement. Dit reglement omvat alle andere relevante verblijfsvoorwaarden en regels die nog niet opgenomen zijn in de verblijfsovereenkomst. het huishoudelijk reglement wordt ondertekend door de zorggebruiker.
NC	Wijzigingen aan het huishoudelijk reglement worden vooraf meegedeeld aan de zorggebruiker en kunnen op zijn vroegst toegepast worden dertig dagen nadat de zorggebruiker ervan op de hoogte is gebracht.
NC	De opzegtermijnen van de verblijfsovereenkomst zijn als volgt: 1. In onderling akkoord tussen PVT en zorggebruiker: vrij te bepalen 2. Overlijden van zorggebruiker: / 3. Niet in onderling akkoord tussen PVT en zorggebruiker: 3.1. Opzeg door zorggebruiker: 30 dagen (7 dagen tijdens proefperiode) 3.2. Opzeg door PVT: - 60 dagen, als volgens het oordeel van de coördinerend en behandelend psychiater de lichamelijke of geestelijke toestand van de zorggebruiker van die aard is dat een definitieve overplaatsing naar een meer passende

	- 30 dagen, als volgens het oordeel van de beheersinstantie het gedrag van de zorggebruiker ernstig storend is voor de andere zorggebruikers of als het gedrag van de zorggebruiker de begeleiding in ernstige mate verhindert. In dat geval zendt het PVT voorafgaand een schriftelijke aanmaning aan de zorggebruiker met het dwingend verzoek om de tekortkomingen, vermeld in de aanmaning, te verhelpen. Als de zorggebruiker geen gevolg geeft aan die aanmaning kan het PVT, na goedkeuring door de coördinerend en behandelend psychiater, de verblijfsovereenkomst opzeggen. Het PVT staat samen met de coördinerend en behandelend psychiater in voor de verwijzing naar een passend verblijf in overleg met de zorggebruiker of zijn wettelijke vertegenwoordiger en zijn context, en verlengt de opzeggingstermijn als dat nodig is; - 30 dagen tijdens de proefperiode. De opzeggingstermijn begint op de eerste dag die volgt nadat de opzegging is ontvangen door de zorggebruiker of het PVT.
--	--

Submodule 4: Zorgplan

NC	De zorg door het psychiatrisch verzorgingstehuis vertrekt van een zorgvuldige en gestructureerde verkenning van de zorgbehoeften van de zorggebruiker en zijn context op de diverse levensdomeinen. Dit heeft zijn weerslag in het zorg- en ondersteuningsplan.
NC	Op basis van de zorgbehoeften werken de zorggebruiker en de begeleiders een zorgplan uit. Als dat mogelijk is en als de zorggebruiker dat wenst, worden ook personen uit de context betrokken bij de uitwerking van het zorgplan. Het zorgplan omvat een overzicht van de zorgbehoeften, de voorkeuren van de zorggebruiker, de doelstellingen die men door middel van de begeleiding wil bereiken, een prioritering van de doelstellingen en een plan van aanpak van de prioritaire doelstellingen in de vorm van acties en zorgactiviteiten.
NC	De uitgevoerde acties en het zorgplan worden bij voorkeur continu geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. Minstens om de twaalf maanden wordt het volledig zorgplan geëvalueerd samen met de zorggebruiker en, als de zorggebruiker dat wenst, zijn context. Na elke evaluatie wordt een besluit genomen tot staving van de verdere zorg op de verschillende levensdomeinen en over de beëindiging of voortzetting van het verblijf.
TK	Het besluit tot beëindiging of voortzetting van het verblijf wordt zo veel als mogelijk in samenspraak met de zorggebruiker genomen.
NC	Van iedere zorggebruiker wordt een individueel multidisciplinair dossier bijgehouden dat minimaal de volgende elementen en gegevens bevat: 1° de identiteitsgegevens; 2° de voorgeschiedenis; 3° de medische, sociale en juridische basisinformatie; 4° de verblijfsovereenkomst; 5° het zorgplan van de zorggebruiker; 6° bij beëindiging van het verblijf, de afsluitbrief.
TK	Het individueel dossier ondersteunt de multidisciplinaire werking. Dit betekent onder meer dat elke betrokken hulpverlener minimaal de informatie in het dossier noteert die van belang is voor de multidisciplinaire bespreking, dat de conclusies van de multidisciplinaire bespreking in het dossier worden genoteerd en dat alle betrokken hulpverleners toegang hebben tot deze informatie.
AB	Het PVT vraagt de huisartsen van zorggebruikers van het PVT hun opvolging bij te houden in het patiëntendossier.
NC	De bewaartermijn van het individueel dossier is 30 jaar na de beëindiging van de begeleiding van de zorggebruiker.
NC	De privacy van de zorggebruiker wordt maximaal gewaarborgd bij de bewaring en raadpleging van het dossier.
NC	Ingeval het PVT gebruik maakt van een individueel papieren dossier wordt dit dossier bewaard in een afgesloten kast die enkel toegankelijk is voor de coördinator, de teamverantwoordelijke(n), de teamleden en de psychiater.

Submodule 5: Zorgbeleid

NC	Het PVT voert een beleid rond vrijheidsbeperkende maatregelen.
NC	Het PVT beschikt over een intern beleid rond seksueel grensoverschrijdend gedrag met een uitgeschreven visie en een procedure voor de preventie, detectie en gepaste reactie van seksueel grensoverschrijdend gedrag.
NC	Het PVT organiseert vorming voor personeelsleden in de zorg rond het omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag. Deze vorming wordt minstens binnen het jaar georganiseerd voor nieuw aangeworven personeelsleden en minstens om de 3 jaar voor de andere personeelsleden.
NC	Het PVT beschikt over een intern beleid rond suïcidepreventie.
NC	Het PVT organiseert vorming voor personeelsleden in de zorg rond suïcidepreventie. Deze vorming wordt minstens binnen het jaar georganiseerd voor nieuw aangeworven personeelsleden en minstens om de 3 jaar voor de andere personeelsleden.
TK	Het PVT volgt de Multidisciplinaire richtlijn (MDR) voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag opgesteld door het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie.
NC	Het PVT beschikt over een intern beleid rond crisissen.
AB	Het PVT verspreidt het stappenplan van de Kindreflex onder alle medewerkers.
AB	Het PVT toetst het huidige beleid aan de basisprincipes van de Kindreflex zodat iedere begeleider actief kan gebruik maken van het stappenplan.

Submodule 6: Samenwerking

NC	Het PVT communiceert zijn zorgaanbod en zijn intern beleid rond instroom, doelgroepen, beëindiging van verblijf en doorstroom naar de kandidaat-zorggebruikers en relevante netwerkpartners. Het stemt dit zorgaanbod en interne beleid met de relevante netwerkpartners af.
TK	Het PVT beschikt over een schriftelijke samenwerkingsovereenkomst met een PZ.
TK	In de samenwerkingsovereenkomst tussen het PVT en het PZ worden een aantal afspraken geformuleerd op zorginhoudelijk niveau (o.a. omtrent uitwisseling expertise/kennis, doorverwijzing van het PZ naar het PVT en omgekeerd,...). Deze afspraken worden door het PVT en PZ nageleefd.
TK	Het PVT sluit schriftelijke samenwerkingsovereenkomsten omtrent de doorstroom van zorggebruikers met andere voorzieningen af, zoals initiatieven van beschut wonen en woonzorgcentra.
TK	Het PVT zoekt afstemming met het netwerk geestelijke gezondheid.
TK	Het PVT werkt samen met plaatselijke organisaties voor bv. organisatie van vrije tijd.

Submodule 7: Patiëntenrechten en klachten

NC	De zorggebruiker heeft recht op vrije keuze van de beroepsbeoefenaar, met uitzondering van de begeleiders en de psychiater in het PVT. Deze keuzevrijheid wordt vermeld in het huishoudelijk reglement.
NC	Zorggebruikers kunnen beschikken over het aantal vastgelegde verlofdagen.
NC	De zorggebruiker kan beschikken over het minimale zakgeld.
NC	Het zakgeld is niet bestemd om de aankoop, de was, het onderhoud en de herstelling van kleding, schoenen, bril en prothesen te dekken, noch de kosten van het persoonlijk aandeel van de zorggebruiker in de opnemingsprijs, noch de kosten voor verzekeringen en de eventuele vergoeding van de bewindvoerder over de persoon of de goederen van de zorggebruiker.
NC	Het psychiatrisch verzorgingstehuis beschikt over een interne klachtenprocedure.
TK	Het PVT voorziet een laagdrempelige interne klachtenregeling en communiceert dit aan de zorggebruikers via de gebruikelijke communicatiekanalen.
NC	Het doel en de werking van de externe ombudspersoon wordt systematisch aan de nieuwe zorggebruikers meegedeeld (contactgegevens, bereikbaarheid,...).

TK	In de klachtenprocedure van het PVT wordt vermeld dat zorggebruikers klachten steeds onmiddellijk kunnen melden bij de externe ombudspersoon.
TK	Zorggebruikers ontvangen informatie omtrent ziekte, behandeling (incl. zowel medicamenteus -ook m.b.t. neveneffecten, therapietrouw - als niet-medicamenteus), alternatieven, preventie, hetzij via informatiefolders, hetzij via psycho-educatie individueel of in groep.
TK	In het huishoudelijk reglement worden de rechten van de patiënt benoemd en beschreven.

Submodule 8: Beëindiging van het verblijf en nazorg

NC	Het psychiatrisch verzorgingstehuis voert een duidelijk beleid rond de beëindiging van het verblijf van zijn zorggebruikers, dat minstens om de twee jaar wordt geëvalueerd en beleidsmatig besproken.
NC	Bij elke beëindiging van verblijf van een zorggebruiker wordt een afsluitbrief opgemaakt met een verslag over de zorg en de ondersteuning tijdens het verblijf.
TK	Bij beëindiging van verblijf van de zorggebruiker wordt de afsluitbrief bezorgd aan minimaal de huisarts, indien de zorggebruiker beschikt over een huisarts, en de behandelend psychiater die zorgt voor de verdere opvolging van de zorggebruiker. Indien de zorggebruiker hiervoor geen toestemming verleent, wordt dit genoteerd in het individueel dossier. De zorggebruiker ontvangt een afschrift van de afsluitbrief.
NC	De zorggebruiker kan voor onderzoek, bij psychische crisistoestand of bij noodzaak aan somatische behandeling en verzorging, tijdelijk opgenomen worden in een psychiatrisch of algemeen ziekenhuis.
NC	Als een zorggebruiker tijdelijk wordt opgenomen in een andere residentiële zorg- of welzijnsvoorziening, staat het personeel van het psychiatrisch verzorgingstehuis gedurende ten minste drie maanden ter beschikking van de zorggebruiker voor verdere begeleiding op voorwaarde dat de kans op terugkeer naar het psychiatrisch verzorgingstehuis reëel blijft.
NC	Als een zorggebruiker wordt doorverwezen naar een andere residentiële zorg- of welzijnsvoorziening, zorgt het psychiatrisch verzorgingstehuis voor een vlotte overgang.
TK	De criteria en indicaties om een zorggebruiker in een crisissituatie te laten opnemen in een ziekenhuis en wie hierover de verantwoordelijkheid draagt zijn geformaliseerd.
AB	Bij naderende beëindiging van verblijf naar de thuissituatie wordt een progressief schema voor verblijf thuis gehanteerd. Bij terugkeer wordt de thuissituatie besproken tijdens de teamvergadering. Op deze manier kunnen de noodzakelijke aanpassingen aangebracht worden voor de beëindiging van het verblijf.
AB	Bij naderende beëindiging van het verblijf naar een andere woonvorm dan de thuissituatie wordt indien mogelijk een progressief schema voor verblijf gehanteerd.
AB	Er zijn procedures inzake ontvluchting, weglopen, niet terugkeren uit verlof, onrustwekkende verdwijning, beëindiging van verblijf tegen medisch advies in,...

Submodule 9: Respect voor de persoonlijke levenssfeer

NC	Het psychiatrisch verzorgingstehuis waarborgt de volledige vrijheid van levensbeschouwing, godsdienst en politieke overtuiging, van zijn zorggebruikers. Bij de uitvoering van zijn opdrachten waarborgt het psychiatrisch verzorgingstehuis non-discriminatie op het vlak van leeftijd, seksuele geaardheid, burgerlijke staat, geboorte, vermogen, geloof of levensbeschouwing, politieke overtuiging, taal, huidige of toekomstige gezondheidstoestand (weliswaar binnen het PVT-profiel), een handicap, ras, geslacht, gender, een fysieke of genetische eigenschap of sociale afkomst.
TK	In het huishoudelijk reglement wordt vermeld dat de zorggebruiker direct inzagerecht heeft in het volledige individueel dossier, met uitzondering van de persoonlijke notities van de beroepsbeoefenaar en gegevens die betrekking hebben op derden. Indien de zorggebruiker zich laat bijstaan door een vertrouwenspersoon of zijn inzagerecht laat uitoefenen via een door hem aangewezen vertrouwenspersoon (indirect inzagerecht) is er ook inzagerecht in de persoonlijke notities van de beroepsbeoefenaar indien de vertrouwenspersoon een beroepsbeoefenaar is.

Module 2: Organisatie

Submodule 1: Beleid en strategie

NC	De bezettingsgraad per PVT op jaarbasis bedraagt niet meer dan 100% van de opnamecapaciteit.
NC	Het PVT beschikt over een afzonderlijk organogram.
NC	De eigenheid van het PVT wordt gewaarborgd indien het PVT deel uitmaakt van een overkoepelende organisatie.
TK	Er zijn vergaderingen op managementniveau waarop het beheer en het beleid van het PVT als zorgvorm als afzonderlijke agendapunten op de agenda staan. Deze afzonderlijke agendapunten zijn terug te vinden in de agenda en de verslaggevingen van deze managementsvergaderingen.
TK	Het PVT is een afzonderlijk activiteitencentrum in de boekhouding indien het PVT deel uit maakt van een vzw met diverse activiteiten.
TK	Als er verdeelsleutels gebruikt worden om kosten en opbrengsten toe te wijzen aan verschillende voorzieningen binnen de vzw moeten die verdeelsleutels transparant en consequent toegepast worden.
TK	Op de website van de overkoepelende organisatie wordt het PVT voorgesteld als een op zichzelf staande voorziening met een specifieke werking (en niet als een afdeling van een PZ).
NC	In de beheersorganen van het psychiatrisch verzorgingstehuis zit een vertegenwoordiger van de zorggebruikers of hun context of ervaringsdeskundigen van een representatieve gebruikers- of familievereniging.
TK	De vertegenwoordiger is het klankbord van een representatief deel van de zorggebruikers. Er is contact van de vertegenwoordiger met zorggebruikers en/of hun context.
TK	De zorggebruikers worden in kennis gesteld over een vertegenwoordiging in het beheersorgaan.
TK	In het verslag van de vergadering van het beheersorgaan komt de inbreng van de vertegenwoordiger van de zorggebruikers aan bod.
TK	Het PVT onderneemt initiatief om een afzonderlijk participatieorgaan voor de context van de zorggebruikers op te richten.
AB	Het profiel van de vertegenwoordiger van de zorggebruikers wordt uitgeschreven, alsook een procedure m.b.t. de selectie/vervanging van deze vertegenwoordiger.
AB	Per campus is er een zorggebruikersvertegenwoordiger.
AB	De zorggebruikers en hun context worden geïnformeerd over de werking van patiënten- en familieorganisaties.
SP	Op regelmatige tijdstippen wordt een zorggebruikersvergadering gehouden waarvan het verslag wordt overgemaakt aan de vertegenwoordiger van de zorggebruikers.
NC	Het PVT voert een systematisch, expliciet en transparant beleid.
NC	Het PVT voert minstens om de 5 jaar een evaluatie van zijn werking op basis van een SWOT analyse (sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen).
TK	Er wordt gewerkt met een duidelijk opgesteld beleidsplan (waarin inventarisatie van de doelstellingen, stappenplan, evaluatie van de doelstellingen beschreven zijn).

Submodule 2: Personeel

NC	Het PVT beschikt voor de herstelondersteunende zorg van de zorggebruiker over een multidisciplinair team onder leiding van een coördinator die over de nodige competenties voor leidinggeven en management bezit.
NC	Over het geheel van de voorziening is er een personeelsinzet à rato van 13 VTE per erkende capaciteit van 30 zorggebruikers (de coördinator niet meegerekend).
NC	Van deze 13 VTE personeelsleden zijn er maximaal 5 VTE zorgkundigen.

NC	Van deze 13 VTE personeelsleden zijn er minimaal 8 VTE personeelsleden die een kwalificatie hebben van 1° verpleegkundige, bij voorkeur psychiatrische verpleegkundige; 2° maatschappelijk werker; 3° maatschappelijk assistent; 4° orthopedagoog; 5° ergotherapeut; 6° psycholoog; 7° kinesitherapeut; 8° opvoeder.
NC	Minstens vier van de acht gekwalificeerde personeelsleden zijn in het bezit van een graad van bachelor of master.
NC	Indien het PVT beschikt over 15 zorggebruikers met een verstandelijke beperking moet ze bijkomend beschikken over 0,5VTE orthopedagoog. Deze norm wordt pro rata toegepast.
NC	Er is een teamverantwoordelijke per 30 zorggebruikers (binnen de personeelsnorm van 13 VTE). Er dient een bijkomende teamverantwoordelijke aanwezig te zijn indien de helft van elke nieuwe schijf van 30 zorggebruikers wordt overschreden. Dit betekent concreet: van 0 tot 45 zorggebruikers : 1 VTE teamverantwoordelijke van 46 tot 75 zorggebruikers: 2 VTE teamverantwoordelijke van 76 tot 105 zorggebruikers: 3 VTE teamverantwoordelijke
NC	De coördinator en de teamverantwoordelijke worden niet door één en dezelfde persoon waargenomen.
TK	De teamverantwoordelijke heeft een opleiding gevolgd inzake leidinggeven.
NC	Het team van begeleiders is in staat om een multidisciplinaire aanpak te garanderen voor elke zorggebruiker in herstelondersteunende zorg, met onder meer psycho-educatie en psychosociale interventies.
NC	Het psychiatrisch verzorgingstehuis beschikt over minimaal zes uur per week coördinerende en behandelende psychiatertijd waarin de hieronder vermelde opdrachten vervuld worden en kan aantonen dat deze opdrachten gerealiseerd worden. Het precies aantal te vervullen uren is afhankelijk van het aantal zorggebruikers en wordt vastgelegd in de samenwerkingsovereenkomst tussen het psychiatrisch verzorgingstehuis en de psychiater.
NC	De coördinerend en behandelende artsen-specialisten in de psychiatrie of neuropsychiatrie, zijn verantwoordelijk voor: 1° de medisch-psychiatrische behandeling van de opgenomen zorggebruikers. Die taak omvat: a) de medisch-psychiatrische behandeling tijdens het verblijf in het psychiatrisch verzorgingstehuis instellen, periodiek opvolgen en eventueel bijsturen; b) aanvragen en opvolgen van de eventuele onderzoeken ter evaluatie van de medisch-psychiatrische behandeling; c) overleg plegen met de behandelende huisarts en eventuele andere behandelaars van de zorggebruikers over somatische en psychische problematieken; d) de medicatie voor de psychiatrische problematiek voorschrijven en opvolgen met inbegrip van controle van interacties; e) beschikbaarheid zijn voor overleg en contact met de opgenomen zorggebruikers en hun naasten; f) medisch-administratieve documenten opmaken; g) de opvolging van ethische thematieken; 2° de medisch-psychiatrische coördinatie van het PVT. Die taak omvat: a) beslissen over de opname en de beëindiging van het verblijf van zorggebruikers in het PVT door minstens instroomgesprekken bij te wonen; b) het opname- en ontslagbeleid evalueren en bekrachtigen;

	c) overleg plegen en contacten onderhouden met verwijzers en netwerkpartners; d) de interventiescenario's in geval van crisissituaties ontwerpen en toepassen; e) de herstelondersteunende zorgprocessen superviseren door minstens teamvergaderingen bij te wonen; f) het vormingsbeleid voor het ondersteunend en begeleidend personeel mee aansturen; g) het strategische en operationele beleid, in samenwerking met de coördinator mee uitwerken.
TK	Het aantal uren tewerkstelling van de personeelsleden (psychiater, coördinator, verpleegkundige,...) is vastgelegd in een overeenkomst.
TK	De taken van de personeelsleden (psychiater, coördinator, verpleegkundige,...) zijn geformaliseerd in een functieomschrijving.
TK	Het personeelsbeleid, onder meer het aanwervings- en VTO-beleid (Vorming, Training en Opleiding), is gebaseerd op een duidelijk geëxpliciteerde competentiebehoefte van het PVT, aansluitend bij de organisatiedoelen en bij de noden van de doelgroep van het PVT.
TK	Het personeelsbeleid omvat een beleid inzake functioneren en evalueren van het personeel. Dat beleid stelt o.m. dat elke medewerker op regelmatige basis een functionerings- en/of evaluatiegesprek heeft, op basis van het persoonlijke functieprofiel, met een passende opvolging.
TK	Het PVT zorgt voor vervanging bij langdurige afwezigheden.
NC	Op geregelde tijdstippen en minstens 1 keer per maand vindt een teamoverleg plaats waarin alle disciplines zijn vertegenwoordigd, inclusief de psychiater.
TK	Een multidisciplinair overleg wordt georganiseerd indien de psychische, medische en/of lichamelijke toestand van een PVT-zorggebruiker dit vereist.
TK	De psychiater is minstens 1 keer per maand aanwezig op het teamoverleg en altijd bij de bespreking van de zorgplannen van de zorggebruikers.
TK	Het teamoverleg handelt ook over personeelszaken of organisatorische aangelegenheden alsook over het beleid rond de organisatie van de zorg van de zorggebruikers.
TK	Indien het PVT beschikt over personeel in vaste nachtdienst sluit zij periodiek aan bij het teamoverleg.
TK	Per overlegmoment is er een fiche waarin o.a. duidelijk wordt gesteld wat de doelstelling is van de vergadering, de frequentie van vergaderen, deelnemers, tijdstip,...

Module 3: Huisvestingsnormen

Submodule 1: Ligging, leefomgeving en leefklimaat

NC	Het PVT is gelegen buiten de campus van het psychiatrisch ziekenhuis en is een duidelijk te onderscheiden entiteit.
NC	Het PVT is gevestigd binnen de lokale leefgemeenschap.
TK	Het PVT is vlot bereikbaar met het openbaar vervoer.
NC	Het PVT beschikt over een terras of tuin.
NC	De ramen maken een open zicht op de omgeving van het PVT mogelijk.
TK	De privacy van de zorggebruikers is voldoende gegarandeerd. Er is geen inkijk van buitenaf mogelijk in de zorggebruikerskamers en/of gemeenschappelijke lokalen.
TK	Een deel van de tuin is afgeschermd van nieuwsgierige blikken.
NC	Het PVT streeft een gezellig leefklimaat na.
TK	Het PVT oogt licht en luchtig.
TK	Zorggebruikers kunnen hun kamer naar eigen smaak inrichten, met uitzondering van spullen die de brandveiligheid in gevaar brengen (bijv. oude tv-toestellen).
TK	Er is mogelijkheid tot het ontvangen van bezoek.
TK	Het meubilair oogt fris en modern.
TK	De algemene hygiëne in de lokalen is gewaarborgd.
TK	Er is voldoende bergruimte waardoor schoonmaakkarren e.a. niet permanent in de gangen staan.
TK	Het PVT neemt de nodige maatregelen om te vermijden dat de temperatuur op sommige dagen in de kamers en de gemeenschappelijke ruimtes te hoog oploopt, bijvoorbeeld zonnewering, airco...

Submodule 2: Gemeenschappelijke ruimtes

NC	Het psychiatrisch verzorgingstehuis omvat minstens de volgende gemeenschappelijke ruimtes: 1° een eetkamer; 2° een zitkamer, bij voorkeur gescheiden van de eetkamer die zo gezellig en huiselijk mogelijk wordt ingericht; 3° een ruimte voor gemeenschappelijke activiteiten en dagbestedingsactiviteiten; 4° een ruimte voor individuele hulp- en begeleiding; 5° een ruimte voor het personeel.
TK	De eet- en/of zitkamer is voldoende ruim zodat alle zorggebruikers van de afdeling er gelijktijdig gebruik van kunnen maken.
TK	Indien de zit- en de eetkamer één geheel vormen is de bestemming van beide ruimtes duidelijk van elkaar te onderscheiden bij de inrichting.
TK	Er zijn voldoende ruimtes voor gemeenschappelijke activiteiten zodat er voor alle zorggebruikers gelijktijdig een aanbod voorzien kan worden.
TK	Er is één ruimte voor individuele hulp- en begeleiding per 15 zorggebruikers.
TK	Er is voldoende auditieve en/of visuele isolatie in de gesprekslokalen waardoor privacy gegarandeerd wordt.
SP	Iedere afdeling/leefgroep vormt een entiteit op zich en beschikt over de verschillende gemeenschappelijke ruimten (eetkamer, zitkamer, ruimte voor gemeenschappelijke activiteiten,...).
AB	Het strekt tot aanbeveling om de gemeenschappelijke ruimtes zo in te richten dat deze inrichting toelaat dat zorggebruikers zich kunnen terugtrekken wanneer ze dit wensen (vb. beplanting).

Submodule 3: Verticaal verkeer

NC	Het PVT met meer dan één bouwlaag met hetzij hierin kamers hetzij gemeenschappelijke lokalen bestemd voor zorggebruikers en/of bezoekers, beschikt over één of meer liften voor zijn zorggebruikers en/of bezoekers.
----	--

TK	De lift(en) is/zijn gemakkelijk toegankelijk voor een rolstoelgebruiker en diens begeleider.
AB	Het PVT gebruikt andere liften voor de verticale afvalverwijdering dan voor het gebruik door zorggebruikers en/of bezoekers.
AB	Het PVT gebruikt andere liften voor het verwijderen van afval en vuil linnen dan voor het transporteren van de maaltijden.

Submodule 4: Kamers

NC	De minimale opnamecapaciteit per PVT is 10 zorggebruikers.
TK	De nieuwbouw is in zijn totaliteit kleinschalig opgevat (de opnamecapaciteit per gebouw is kleiner dan of gelijk aan 60 zorggebruikers).
AB	In de nieuwbouw verblijven de zorggebruikers in kleine leefgroepen.
NC	In de kamer(s) staan maximum 2 bedden.
NC	Ten minste de helft van de zorggebruikers beschikt over een individuele kamer.
TK	Er wordt voldoende privacy gegarandeerd in de tweepersoonskamers.
NC	In bouwplannen die opgesteld worden vanaf 1 januari 2019, wordt gestreefd naar een zo groot mogelijk aantal eenpersoonskamers.
NC	De vloeroppervlakte van éénpersoonskamer(s) is minimaal 8 m ² .
NC	De vloeroppervlakte van tweepersoonskamer(s) is minimaal 12 m ² .
NC	Bij nieuwbouw gaat de voorkeur naar ruimere kamers.

Submodule 5: Rolstoeltoegankelijkheid

NC	Het psychiatrisch verzorgingstehuis is aangepast aan de behoeften van mindervalide zorggebruikers.
NC	Alle deuren naar lokalen die toegankelijk zijn voor zorggebruikers zijn breed genoeg om een rolstoel door te laten.
NC	Het psychiatrisch verzorgingstehuis bepaalt hoeveel kamers worden aangepast voor mindervalide zorggebruikers, afhankelijk van de doelgroep. In bouwplannen die opgesteld worden vanaf 1 januari 2019 is minimaal 20% van de kamers aangepast voor mindervalide zorggebruikers.
NC	De kamers zijn voldoende ruim om bij mindervalide zorggebruikers te kunnen gebruik maken van ondersteunende materialen tijdens zorgmomenten.
TK	De wastafels/spiegels zijn aangepast aan rolstoelgebruikers en zorggebruikers die zich zittend verzorgen.
TK	Een deel van het gemeenschappelijk terras en/of de tuin is rolstoeltoegankelijk.
TK	Er is op elke verdieping een rolstoeltoegankelijk toilet.
TK	In de onmiddellijke omgeving van eet- en zitkamers en van ruimtes die bestemd zijn voor gemeenschappelijke activiteiten bevindt zich minstens één sanitaire installatie voor rolstoelgebruikers.
TK	Er is een bad, aangepast aan specifieke behoeften van zorgbehoevende zorggebruikers en/of rolstoelpatiënten.
AB	Om zorggebruikers die rolstoelafhankelijk worden niet te moeten verwijderen uit de leefgroep is het noodzakelijk een aantal architectonische aanpassingen door te voeren, waar mogelijk.

Submodule 6: Sanitaire installaties

NC	Er zijn voldoende sanitaire installaties voor zorggebruikers en personeel.
NC	In de onmiddellijke omgeving van eetkamers, zitkamers en ruimten voor gemeenschappelijke activiteiten bevinden zich sanitaire installaties voor zorggebruikers.
NC	Er is voor elke zorggebruiker een wastafel met warm en koud water.
NC	Er is een bad of douche per 6 zorggebruikers.
NC	Er is een toilet per 6 zorggebruikers.
NC	Elke verdieping met lokalen bestemd voor zorggebruikers beschikt over minstens over één toilet.
NC	In bouwplannen die opgesteld worden vanaf 1 januari 2019 is in iedere kamer een toilet voorzien.
TK	Voor familieleden en bezoekers is er afzonderlijk sanitair voorzien.

TK	Voor personeel is er afzonderlijk sanitair voorzien.
TK	In de sanitaire ruimte is er een verluchtingssysteem aanwezig.
TK	Doeltreffende handhygiëne in de toiletten is mogelijk.
AB	Elke zorggebruiker beschikt over een sanitaire ruimte in de kamer zodat zij niet enkel gebruik hoeven te maken van gemeenschappelijke sanitaire ruimtes.

Submodule 7: Veiligheid

NC	De deuren van de toiletten en de badkamers gaan open naar buiten en zijn uitgerust met veiligheidssloten die het personeel van buitenaf kan bedienen.
NC	De kamers en sanitaire installaties beschikken over een discreet en doeltreffend oproepsysteem.
NC	Het PVT beschikt over een brandweerverslag.
NC	Het brandweerverslag is gunstig.
NC	Het brandweerverslag is maximaal 5 jaar oud.
NC	Het brandweerverslag is maximaal 1 jaar oud bij voorlopige erkenning.
NC	Het PVT beschikt over een attest van de burgemeester.
NC	Het attest van de burgemeester is maximaal 5 jaar oud.
NC	Het attest van de burgemeester is maximaal 1 jaar oud bij voorlopige erkenning.
NC	Het psychiatrisch verzorgingstehuis voldoet aan de toepasselijke brandveiligheidsreglementering en neemt alle voorzorgsmaatregelen om brandgevaar te voorkomen.
NC	Het brandgevaar wordt voorkomen door: 1° de brandbare materialen in vloeren en muren te beschermen met onontvlambare bekleding; 2° een voldoende aantal blustoestellen aan te brengen; 3° alle liften in onbrandbare of brandwerend gemaakte materialen uit te voeren; 4° in toegangswegen te voorzien voor de voertuigen van de brandweer; 5° in duidelijk aangeduide evacuatie-mogelijkheden te voorzien; 6° adequate branddetectie systemen aan te brengen, bij voorkeur elektronisch; 7° vorming over brandveiligheid voor zowel zorggebruikers als personeel te organiseren.
TK	Er zijn volgens het brandweerverslag voldoende poederblussers met controlelabel of haspels met controlelabel per verdieping.
TK	Het PVT beschikt over een vormingsplan inzake brandveiligheid voor zowel personeelsleden als zorggebruikers. Dit vormingsplan omvat minstens jaarlijkse vorming inzake risicogedrag, het correct gebruik van de verwarmingstoestellen, de plaats en de werking van de brandbestrijdingsmiddelen, de inhoud en de toepassing van het evacuatie- en interventieplan.
TK	Het evacuatie- en interventieplan bevat: aanduiding van de mogelijke vluchtwegen, de wijze van waarschuwing bij het ontstaan van brand, de wijze van melding aan de bevoegde hulpdiensten, de aan de personeelsleden toegewezen taken voor de eerste brandbestrijding.

Submodule 8: Uitrusting

TK	Er zijn voldoende ondersteunende materialen aanwezig voor het verlenen van somatische zorgen (steriel verbandmateriaal, ligwonden, ...).
AB	Er is voorzien in handgrepen en leuningen of voldoende rustplaatsen in de gangen. In kader van mobiliteit en valpreventie is dit aangewezen.
SP	De kamers zijn ruim en zijn maximaal met comfort uitgerust o.a. sanitaire cel met ingebouwde kasten, wastafel, hangtoilet en douche met een verzonken vloeroppervlak.
AB	De bedden zijn in de hoogte verstelbaar.
TK	Er zijn voldoende middelen om een gevarieerd aanbod aan activiteiten te bieden.

Module 7: MEDICATIE	
Submodule 1: beleid en strategie	
Kwaliteitsbeleid - Risicomanagement	
AB	Er is een overlegorgaan dat fouten en bijna-incidenten i.v.m. medicatiedistributie verzamelt, analyseert, en, op basis hiervan, verbeteracties voorstelt.
Submodule 2: partnerschap en middelen	
ICT	
AB	Het PVT verleent (bij voorkeur elektronisch) inzage in het volledige en actuele medicatieschema van de zorggebruikers aan de apotheek die de medicatie levert.
TK	Indien geautomatiseerde medicatiekasten worden gebruikt, dan is er een procedure 'dringende ontgrendeling' die enkel in noodsituaties mag worden gebruikt. Er is een registratie van het gebruik van deze noodprocedure (wie ontgrendelde, waarom, wanneer).
Submodule 3: processen	
a. Behandeling	
AB	Het zorggebruikersdossier bevat een overzicht van de medicatie die de zorggebruiker nam voor het verblijf. Dit overzicht is toegankelijk voor de behandelende artsen in het PVT.
TK	Bij elk start van verblijf worden de medicatiegegevens in overkoepelende databanken (bv. Vitalink) nagekeken.
AB	In een procedure wordt beschreven hoe men in het PVT zorggebruikers stapsgewijs stimuleert tot meer zelfzorg en eigen verantwoordelijkheid met betrekking tot het beheer van zijn/haar medicatie (klaarzetten, beheren, inname).
AB	Indien aan een zorggebruiker verantwoordelijkheid wordt gegeven in het beheer van zijn medicatie, wordt er per zorggebruiker expliciet geregistreerd welke medicatie wanneer in welke hoeveelheid aan de zorggebruiker is afgeleverd (maar niet toegediend).
TK	Bij beëindiging van het verblijf wordt een medicatieschema beschikbaar gesteld om de continuïteit van zorg te waarborgen. Dit medicatieschema wordt meegegeven met de zorggebruiker en/of wordt opgenomen in de ontslagbrief naar de huisarts en/of wordt naar iedere betrokkene zorgverlener gestuurd.
AB	In het kader van management omtrent de beëindiging van het verblijf is beschreven hoe de zorggebruiker de voorgeschreven medicatie bij zijn beëindiging van het verblijf uit het PVT, kan verkrijgen (voorschrift, aankoop) en dit in het kader van continuïteit van zorg (medicatiecompliance).
TK	Bij beëindiging van het verblijf wordt het medicatieschema opgeladen in overkoepelende databanken (bv. Vitalink).
b. Medicatie	
NC	De medicatiedistributie is beschreven in een of meerdere procedures, die actief kenbaar worden gemaakt aan het zorgpersoneel.
AB	De procedure van medicatiedistributie bevat minimaal: - organisatie wachtdienst apotheek.
TK	Het PVT beschikt over een procedure om medicatie terug te roepen (bv. wanneer zou blijken dat bepaalde medicatie fabricagefouten bevat).
AB	Het PVT voert periodiek een zelfevaluatie uit over het gehele medicatiemanagementsproces.
AB	Voor het verplegend personeel is informatie beschikbaar, o.a. over het correct manipuleren van geneesmiddelen, het veilig gebruik van geneesmiddelen en de correcte wijze van toediening aan de zorggebruikers.
c. Formularium	
AB	In functie van de beschikbaarheid op de markt, maakt het PVT maximaal gebruik van medicatie in unitdoseverpakking (afleveringseenheidsverpakking).

AB	In een procedure wordt duidelijk beschreven voor welke zorggebruikers en aandoeningen medicatie in vloeibare vorm is aangewezen, bv. zorggebruikers met slikproblemen, met problemen met therapietrouw of nood aan fijnere dosering.
AB	Er is een procedure betreffende pletbare medicatie en medicatie die op een speciaal moment (bv. nuchter) moet toegediend worden. De procedure is gekend en wordt gecontroleerd op naleving.
AB	Indien het PVT bevoorraad wordt vanuit een ziekenhuisapotheek, gebeurt er een analyse van het geneesmiddelenverbruik (per klasse, per arts) van het voorbije jaar.
TK	Op afdelingsniveau kan de verpleegkundige, arts en de eventuele apotheker op eenvoudige wijze actuele geneesmiddeleninformatie van de aanwezige zorggebruikers raadplegen.
d. Voorschrijfgedrag	
NC	Het medicatievoorschrift is correct, actueel en volledig. Een voorschrift is onvolledig indien één van de volgende elementen ontbreekt of niet correct is: * zorggebruikersidentificatie (naam, voornaam en geboortedatum, of naam, voornaam en uniek zorggebruikersnummer); * correcte naam van het geneesmiddel (merknaam of generische naam); * dosis van het geneesmiddel; * bereidingswijze (indien van toepassing); * toedieningswijze van het geneesmiddel (indien de vorm niet éénduidig de toedieningswijze bepaalt of indien de toedieningswijze niet duidelijk af te leiden is); * frequentie en/of tijdstip van toedienen van het geneesmiddel; * begin- en stopdatum (indien van toepassing). * schriftelijke of elektronische aanduiding voor het stoppen van het geneesmiddel; * naam en voornaam van de voorschrijvende arts (voluit geschreven) of naam en uniek identificatienummer (ordenummer of RIZIV-nummer) * elektronische of schriftelijke handtekening van de voorschrijvende arts. * datum van het voorschrift
AB	Het PVT controleert steekproefsgewijs de volledigheid van de geneesmiddelenvoorschriften.
NC	Voor elke medicatietoediening is een medisch order terug te vinden. Technisch verpleegkundige prestaties met aanduiding B2 en toevertrouwde medische handelingen worden opgedragen d.m.v.: - een gevalideerd medisch order (schriftelijk of elektronisch) - een mondeling geformuleerd medisch order (mits schriftelijke bevestiging achteraf); - een staand order.
NC	Medicatie wordt enkel verstrekt op basis van een medisch voorschrift. Er wordt niet gewerkt met naschriften (uitgezonderd bij staande orders, spoedkasten, spoedsituaties en telefonische orders van een arts).
e. Medicatiedistributie	
AB	In het kader van een risicomangement van de medicatiedistributie moet er maximaal gestreefd worden naar een combinatie van unitdoseverpakkingen en een elektronisch voorschrift, gelinkt aan een elektronisch zorggebruikersdossier.
AB	Men werkt over de verschillende afdelingen heen met eenzelfde uniform medicatiedistributiesysteem.
AB	Voor narcotica bestaat er een onderscheiden distributiesysteem.
TK	De nodige faciliteiten zijn voorzien om eventuele speciaal gereguleerde geneesmiddelen afzonderlijk en afgesloten op de afdelingen te bewaren. Hiervoor is een stockregistratie op de afdelingen ingevoerd, zodat op ieder moment kan gecontroleerd worden hoeveel en welke geneesmiddelen in de stock aanwezig moeten zijn en voor welke zorggebruikers medicatie die in de stock zat, gebruikt werd.
TK	Narcotica wordt afzonderlijk (= gescheiden van andere medicatie) bewaard.
TK	Hoogrisico-medicatie wordt voorzien van een visuele trigger zodat ze gemakkelijk wordt herkend als dusdanig.
TK	De medicatie wordt voor maximaal 28 kalenderdagen afgeleverd door de afleverende apotheek.

AB	In geval van bulkmedicatie in flesjes (bv. pillen in flesjes die niet herverpakt worden) wordt de volledige verpakking geleverd naar de afdeling (en niet noodzakelijk voor een periode van 28 dagen).
f. Bewaring op de afdeling	
AB	Na controle van de ontvangen medicatie op de afdeling, bewaart de afdeling de ontvangen medicatie op een duidelijke wijze volgens het FIFO-principe: first in , first out. Dit in de veronderstelling dat nieuw geleverde medicatie een gelijke of latere vervaldatum heeft dan de eerder geleverde medicatie.
AB	Er wordt een correctie uitgevoerd op de standaard "FIFO" wanneer zou blijken dat de nieuw geleverde medicatie een kortere vervaldatum heeft dan de medicatie die reeds in voorraad is. Het resultaat is een bewaring volgens vervaldatum.
AB	Indien de beschikbare ruimte op de afdeling het toelaat, wordt er op drie plaatsen bewaard: 1) voorraad 1: een voorraad per zorggebruiker met de ongeopende blisters, flacons, flesjes: aan deze voorraad wordt de levering vanuit de apotheek toegevoegd. 2) voorraad 2: een voorraad per zorggebruiker waarin de geopende blisters, flacons en flesjes worden bewaard: in deze voorraad bevindt zich slechts 1 blister/flacon/flesje per voorgeschreven geneesmiddel. Indien een blister/flacon/flesje opgebruikt is, wordt er 1 verpakking aangevuld vanuit voorraad 1. In deze voorraad bevindt zich ook de "indien nodig"-medicatie. 3) de klaargezette medicatie voor de volgende dag: vanuit voorraad 2 wordt de medicatie klaargezet voor de volgende dag. Bij gebrek aan voldoende beveiligde plaatsen op de afdeling, worden de voorraden 1 en 2 samengevoegd.
NC	De geneesmiddelen worden bewaard in een kast op slot in een lokaal dat voor zorggebruikers niet vrij toegankelijk is.
NC	Geneesmiddelen worden bewaard in koelkasten waarin zich geen etenswaren bevinden (met uitzondering van vloeibare suikers (bv. flesje cola) voor diabetici).
TK	Er bestaat een systematische, dagelijkse, controle van de temperatuur van de koelkasten op afdelingsniveau waarin medicatie bewaard wordt.
TK	De afdeling beschikt over een procedure over de temperatuurscontrole van koelkasten voor medicatie en weet wat te doen indien de referentiewaarden zijn overschreden.
AB	De afdelingskoelkasten waarin medicatie wordt bewaard zijn voorzien van een alarm wanneer de temperatuur de ingestelde waarden overschrijden.
TK	Per afdeling bewaart men de medicatie op naam en geboortedatum van de zorggebruiker.
TK	De zorggebruikersvoorraad op de afdeling bevat een eenduidige identificatie van de zorggebruiker (naam, voornaam en geboortedatum/dossiernummer)
TK	Er wordt periodiek een controle gehouden qua vervaldatum en identificeerbaarheid op alle voorradige geneesmiddelen op de afdeling (voorraad 1 en 2, koelkast, eventuele spoedkast, narcotica).
TK	Om toedieningsfouten te vermijden, dienen retours binnen de 24u uit de individuele voorraad van de zorggebruiker verwijderd te worden, met uitzondering van de medicatie die in de koelkast bewaard moet worden. Medicatie die in de koelkast moet bewaard worden, wordt uit de individuele voorraad verwijderd van zodra de afleverende apotheek langskomt.
TK	Wanneer een geneesmiddel wordt stopgezet, of wanneer het verblijf van een zorggebruiker beëindigd wordt, wordt alle medicatie, zowel ongebruikte medicatie als beschadigde en geopende verpakkingen via de retours verwerkt en aan de apotheek bezorgd met duidelijke vermelding van de zorggebruikersidentificatie (met uitzondering van de medicatie die aan de zorggebruiker wordt meegegeven).
TK	Retourmedicatie die koel moet bewaard worden, wordt pas uit de koelkast gehaald wanneer de retours naar de apotheek gebracht worden om de koude keten zo kort mogelijk te onderbreken.
TK	Indien de medicatie in vloeibare vorm wordt stopgezet, wordt de resterende inhoud teruggestuurd naar de apotheek voor vernietiging en/of verwijdering volgens de procedure medisch afval. De resterende vloeibare medicatie wordt op geen enkele wijze hergebruikt.

AB	Indien het verblijf van een zorggebruiker die medicatie krijgt in vloeibare vorm of uit andere multidosisverpakkingen (zalven, anticonceptiestrips, puffers...), met uitzondering van verslavende middelen, wordt beëindigd, dan wordt de resterende inhoud op moment van de beëindiging van het verblijf aan de zorggebruiker meegegeven op voorwaarde dat de medicatie niet werd stopgezet.
g. Klaarzetten en toedienen	
TK	Vooraleer medicatie klaar te zetten, voert de verpleegkundige de nodige handhygienische maatregelen uit.
NC	Het klaarzetten van de medicatie gebeurt enkel en alleen door verpleegkundigen en zorgkundigen die de toelating hebben voor deze verpleegkundige handeling (op basis van artikel 54 bis).
AB	Mits ondersteuning van professionals worden zorggebruikers waar mogelijk gestimuleerd tot zelfzorg en meer eigen verantwoordelijkheid m.b.t. het klaarzetten van hun medicatie (klaarzetten, beheer, inname, produktkennis).
TK	Indien men medicatie op voorhand klaarzet, wordt er nog een controle gedaan voor het toedienen.
AB	Een nieuwe verpakking wordt slechts geopend wanneer de vorige volledig is opgebruikt (tegelijk van voorraad 1 naar voorraad 2). Bovenstaande werkwijze garandeert dat er per geneesmiddel slechts 1 verpakking tegelijk is geopend. De vervaldatum van de klaargezette medicatie is terug te vinden in voorraad 2.
AB	Bij het klaarzetten van medicatie, waarvan geen unidoseverpakking bestaat, maar wel een blisterverpakking, wordt bij het klaarzetten van de medicatie, de nodige pillen afgeknipt langs de kant waar geen vervaldatum staat. De kant van de blister met de vervaldatum, blijft behouden in voorraad 2.
AB	Ingeval de vervaldatum zich op het ene uiteinde van de blister bevindt en het lotnummer aan de andere kant van de blister; wordt de zijde met de vervaldatum behouden in voorraad 2 (meer kans op vervallen medicatie dan op terugroeping van medicatie). Wanneer deze procedure wordt gehanteerd en dit geneesmiddel ooit wordt teruggedroepen, wordt de hele voorraad uit het distributiesysteem verwijderd.
AB	De traceerbaarheid van vloeibare medicatie kan worden verhoogd door de nodige hoeveelheid (ml) pas op het moment van toediening af te meten uit de fles (met naam, dosis, vervaldatum en lotnummer) en onmiddellijk aan de zorggebruiker toe te dienen. Deze werkwijze veronderstelt dat deze vloeibare medicatie niet meer op voorhand wordt klaargezet door specifiek toegewezen verpleegkundigen, bv. nachtverpleegkundigen.
AB	Om te vermijden dat de verpleegkundige de vloeibare medicatie vergeet toe te dienen, wordt in het bakje met de klaargezette vaste medicatie een visuele trigger toegevoegd, bv. kleurkaartje en/of wordt de toediening van de vloeibare medicatie afzonderlijk geregistreerd.
AB	Elke siroop wordt afzonderlijk toegediend: nooit worden verschillende siropen vermengd tot 1 mengsel.
TK	Indien uit de verpakking of de bijsluiter van siroop of druppels blijkt dat er een beperkte houdbaarheid is na opening, wordt de datum van de opening genoteerd op de verpakking wanneer het gaat om een flacon met multiële doses.
TK	In afwachting van de invoering van systemen van herverpakking, wordt medicatie uit bulkverpakking klaargezet in een verpakking met een duidelijk vermelding van de productnaam en dosis, of niet op voorhand klaargezet en rechtstreeks uit de verpakking gehaald op het moment van toediening.
AB	In afwachting van de invoering van systemen van herverpakking, wordt medicatie in blister zonder eenheidsafleveringsverpakking klaargezet in een verpakking met een duidelijk vermelding van de productnaam en dosis.
TK	Klaargemaakte infusen en spuiten (bv. infusen met toegevoegde medicatie) zijn gelabeld met minimum volgende parameters: a. Naam toegevoegd geneesmiddel b. Dosis of concentratie van het geneesmiddel c. Datum van bereiding of uiterste toedieningsdatum of vervaldatum d. Naam zorggebruiker
TK	De vervaldatum van de medicatie is controleerbaar op de zorggebruikersvoorraad op de afdeling.

TK	Het PVT heeft een procedure m.b.t. het opnieuw opbergen van niet volledig toegediende pillen (vb. omgaan met resterende halve pillen).
TK	Het opnieuw opbergen van onvolledige pil in de originele verpakking is enkel toegelaten wanneer men de sluiting van de resterende pil kan garanderen. In dit scenario, wordt de te gebruiken partiële pil klaargelegd in de medicatiebakjes voor het volgende toedieningsmoment. De resterende onvolledige pil wordt bewaard in de blister of apart recipiënt, waarop de productnaam, -dosis en vervaldatum zichtbaar zijn. Indien dit niet mogelijk is, wordt de resterende onvolledige pil na het klaarzetten verwijderd onder de geldende regels van medisch afval (gelet op het mogelijke misbruik).
TK	Medicatie wordt toegediend aan de hand van het medicatieschema, dat een onderdeel is van het zorggebruikersdossier.
TK	De zorggebruiker wordt geïdentificeerd alvorens de medicatie wordt toegediend.
AB	De zorggebruiker wordt dubbel geïdentificeerd (naam en geboortedatum) alvorens de medicatie wordt toegediend.
NC	De verpleegkundige of zorgkundige (of student verpleegkunde onder supervisie), die de medicatie effectief toedient, registreert (paraaf of elektronische validatie) de toediening.
AB	De reden van het niet innemen van medicatie wordt genoteerd in het dossier.
AB	Er worden periodieke analyses gemaakt van de redenen waarom medicatie niet werd toegediend.
NC	Als er met parafering wordt gewerkt, is er op afdelingsniveau een lijst met de paraaf van alle personeelsleden beschikbaar.
TK	De verantwoordelijke verpleegkundige moet ten alle tijden een algemeen overzicht hebben van het medicatieschema van zijn / haar zorggebruikers.
AB	Zelfmedicatie: na overleg met de behandelend arts kan de zorggebruiker toelating krijgen om bepaalde medicatie zelf te beheren en te bewaren (bv. puffer, zalf, voedingssupplement,...) zonder dat er controle wordt uitgeoefend door een verpleegkundige. Indien dit gebeurt, moet hiervan een medische notitie terug te vinden zijn in het zorggebruikersdossier.
h. Controle	
AB	De registratie van medicatiefouten gebeurt binnen het algemene veiligheidsincidentenmeldingssysteem.
TK	Naast de registratie van de medicatiefouten (bijv. toediening van de verkeerde medicatie of de verkeerde dosis) gebeurt er ook een analyse van deze fouten. De afleverende apotheker wordt hierbij nauw betrokken.
TK	De resultaten van deze analyse worden teruggekoppeld (via jaarverslag, dienstvergaderingen...).
TK	Er worden, indien nodig, verbeteracties opgezet t.g.v. de registratie van medicatiefouten. De verbeteracties leiden ook tot objectiveerbare verbeteringen.
i. Psycho-educatie	
TK	De zorggebruiker krijgt de nodige informatie betreffende voorgeschreven medicatie (o.a. informatie over het product, gebruik, dosering, eventuele bijwerkingen,...). Ook alle wijzigingen worden met de zorggebruiker besproken.
j. Herstelgerichte zorg	
TK	Er is een beleid uitgewerkt ter bevordering van de responsabilisering van de zorggebruiker voor wat betreft het medicatiebeheer.
AB	Er zijn verschillende gradaties van zelfbeheer van medicatie mogelijk: - De hulpverlening zet zelf alle medicatie klaar en dient ze toe - De zorggebruiker zet onder toezicht de medicatie klaar maar de toediening gebeurt door de hulpverleners van de afdeling - De zorggebruiker zet zelf zijn medicatie klaar (+achteraf controle door afdeling) maar de toediening gebeurt door de hulpverleners van de afdeling - De zorggebruiker zet zelf zijn medicatie klaar maar is ook verantwoordelijk voor toediening per toedieningsmoment - De zorggebruiker zet zelf zijn medicatie klaar maar is verantwoordelijk voor toediening per dag / per week.

Submodule 4: resultaten sleutelactiviteiten	
---	--

a. Veilige zorg	
-----------------	--

TK	Het aantal medicatie-incidenten (bijv. prikincident) wordt opgevolgd, geëvalueerd en waar nodig bijgestuurd.
----	--

b. Deskundige zorg	
--------------------	--

TK	Er zijn zorgprotocols waar nuttig (vb. opvolging lithium, clozapine,...).
----	---

Module 5: REGISTRATIE

NC	Elk PVT beschikt, voor de verwerking van persoonsgegevens die betrekking hebben op de zorggebruikers, in het bijzonder voor gegevens over gezondheid als vermeld in artikel 4, 15), van de algemene verordening gegevensbescherming, over een reglement voor de bescherming van natuurlijke personen bij de verwerking van persoonsgegevens. Het reglement wordt aan de zorggebruikers medegedeeld, samen met de informatie, vermeld in artikel 13, lid 1 en 2, van de voormelde verordening. Het reglement vermeldt, voor elke verwerking, minstens de volgende gegevens: 1° het doel van de verwerking; 2° de bepalingen van artikel 13 van het decreet van 6 juli 2018 en artikel 7 en 8 van dit besluit waarbij de verwerking wordt ingesteld; 3° de identiteit en de contactgegevens van het psychiatrisch verzorgingstehuis en de beheerinstantie; 4° de naam van de persoon onder wiens verantwoordelijkheid gegevens over gezondheid worden verwerkt, vermeld in artikel 13, §1, tweede lid, van het decreet van 6 juli 2018, en die daarvoor is aangewezen door het psychiatrisch verzorgingstehuis; 5° de naam van de persoon die door het psychiatrisch verzorgingstehuis belast is met de veiligheid van de verwerking; 6° de identiteit en de contactgegevens van de coördinator, vermeld in artikel 89 van dit besluit; 7° de categorieën van personen die toegang hebben tot gegevens over gezondheid of gemachtigd zijn om die gegevens te verkrijgen; 8° de categorieën van de betrokkenen; 9° de aard van de verwerkte gegevens en de manier waarop ze worden verkregen; 10° de organisatie van het circuit van de te verwerken gegevens over gezondheid; 11° de procedure om gegevens te anonimiseren of pseudonimiseren; 12° de beveiligingsprocedures om toevallige of ongeoorloofde vernietiging van gegevens, toevallig verlies of ongeoorloofde toegang wijziging of verspreiding van gegevens tegen te gaan; 13° de termijn waarna, in voorkomend geval, de gegevens niet meer bewaard, gebruikt of verspreid mogen worden; 14° de onderlinge verbanden, de onderlinge verbindingen of elke andere vorm van vergelijking van gegevens die worden verwerkt; 15° de onderlinge verbindingen en raadplegingen; 16° de gevallen waarin de gegevens worden verwijderd; 15° de onderlinge verbindingen en raadplegingen; 16° de gevallen waarin de gegevens worden verwijderd; 17° de wijze waarop de zorggebruikers hun rechten vermeld in de regelgeving over de bescherming bij de verwerking van persoonsgegevens kunnen uitoefenen. Het PVT wijst de persoon onder wiens verantwoordelijkheid de gegevens over gezondheid worden verwerkt, vermeld in artikel 13, §1, tweede lid, van het decreet van 6 juli 2018, aan. Het PVT wijst een persoon aan die belast is met de veiligheid van de verwerking.
----	---